UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1950-1951 — N° 38

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU DIAGNOSTIC DES OCCLUSIONS POST-OPÉRATOIRES

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ÉTAT

présentée et soutenue publiquement le lundi 12 Février 1951

PAR

Lucien HURMIC

Né le 27 Février 1921, à CAUDÉRAN (Gironde)

Examinateurs de la Thèse

MAGENDIE, Professeur	*Président.*
CHAVANNAZ, Professeur-Agrégé..	*Juges.*
DUFFOUR, Professeur	
MASSÉ, Professeur	

BORDEAUX
IMPRIMERIE HENRI DUCROS
90 bis, rue François-de-Sourdis

1951

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1950-1951 — N°

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU DIAGNOSTIC DES OCCLUSIONS POST-OPÉRATOIRES

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ÉTAT

présentée et soutenue publiquement le lundi 12 Février 1951

PAR

Lucien HURMIC

Né le 27 Février 1921, à CAUDÉRAN (Gironde)

Examinateurs de la Thèse

MAGENDIE, Professeur ..... *Président.*

CHAVANNAZ, Professeur-Agrégé.. *Juges.*

DUFFOUR, Professeur ..... *Juges.*

MASSÉ, Professeur ..... *Juges.*

BORDEAUX
IMPRIMERIE HENRI DUCROS
90 bis, rue François-de-Sourdis

1951

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

DOYEN HONORAIRE : M. DUPÉRIÉ.
DOYEN : M. PORTMANN. — **ASSESSEUR** : M. CHELLE.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. DENIGÈS, A. MANDOUL, PETGES, GUYOT, ANDÉRODIAS, ROCHER, LANDE, DUVERGEY, CARLES, LEURET, PÉRY, LABAT, CHARRIER, DUBREUIL, MACHEBŒUF.

PROFESSEURS :

	MM.
Clinique médicale	DUPÉRIÉ.
id.	CREYX.
Clinique chirurgicale	PAPIN.
id.	MASSÉ.
Clinique d'accouchements	RIVIÈRE.
Clinique gynécologique	MAGENDIE.
Anatomie pathologique et microscopie clinique	DE GRAILLY.
Anatomie	VILLEMIN.
Anatomie générale et histologie	MAYER.
Hygiène et clinique de la tuberculose	PIÉCHAUD.
Médecine légale et Médecine du travail	DERVILLÉE.
Electroradiologie et clinique d'électricité médicale	REBOUL.
Chimie	CHELLE.
Matière médicale	GOLSE.
Pharmacie	VITTE.
Physiologie	FABRE.
Clinique médicale des maladies des enfants	FONTAN.
Zoologie et parasitologie	SIGALAS.

	MM.
Médecine expérimentale	AUBERTIN.
Clinique ophtalmologique	BEAUVIEUX.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	LOUBAT.
Clinique des maladies infectieuses	DAMADE.
Chimie biologique et médicale	N.
Physique médicale et pharmaceutique	PIFFAULT.
Médecine coloniale et Clinique des maladies exotiques	BONNIN.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JOULIA.
Clinique des maladies des voies urinaires	DARGET.
Clinique des maladies nerveuses et mentales	DELMAS-MARSALET.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	PORTMANN.
Toxicologie et hygiène appliquée	CASTAGNOU.
Clinique odonto-stomatologique	DUBECQ.
Botanique et cryptogamie	GIRARD.
Thérapeutique	BROUSTET.

PROFESSEURS SANS CHAIRE :

MM. PERRENS (Maladies mentales), DUFOUR (Anatomie), MESNARD (Pharmacie), TAYEAU (Chimie biologique).

MAITRES DE CONFÉRENCES AGRÉGÉS :

	MM.
Parasitologie	PAUTRIZEL.
Physiologie	Mlle ROUGIER.
Bactériologie	MOUSTARDIER.

	MM.
Pharmacie (1re Section)	R. GOLSE.
Pharmacie (2e Section)	MASQUELIER.
Pharmacie (3e Section)	CAZAUX.

MAITRE DE CONFÉRENCES :

Physique pharmaceutique ..... M. BLANQUET.

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.
Médecine générale	SARIC.
id.	DUBARRY.
id.	F.-J. TRAISSAC.
id.	BERGOUIGNAN.
id.	LÉVY.
Chirurgie générale	POUYANNE.
id.	LAUMONIER.
id.	CHAVANNAZ.
Obstétrique	MAHON.
id.	CHASTRUSSE.

	MM.
Ophtalmologie	BESSIÈRE.
Oto-rhino-laryngologie	DESPONS.
Dermatologie et syphiligraphie	LE COULANT.
Histologie	MAYER.
Pédiatrie et puériculture	VERGER.
Médecine légale et médecine du travail	L'ÉPÉE.
Electro-radiologie	LACHAPÈLE.
Odonto-stomatologie	MARONNEAUD.
Urologie	LANGE.

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.
Médecine opératoire	DUFOUR.
Accouchements	MAHON.
Puériculture	N.
Législation pharmaceutique	POPLAWSKI.
id.	COUSTOU.
Anatomie	RIGAUD.
Chimie minérale	BABIN.
Cryptogamie	LAUBIE.

	MM.
Pharmacie galénique	MESNARD.
Organographie et physiologie végétale	TEMPÈRE.
Chimie biologique	NEUZIL.
Pathologie chirurgicale	LAUMONIER.
id.	VILLAR.
Zoologie pharmaceutique	BAILENGER.
Hydrologie pharmaceutique	CAZAUX.

Le Secrétaire de la Faculté : ROUGERIE.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

A MA FAMILLE

A MA FEMME

A MA PETITE MARITCHU

A MES AMIS

A MM. GAUSSEN ET BOUYSSOU

A MES JUGES

A Monsieur le Professeur Agrégé J. CHAVANNAZ

Chirurgien des Hôpitaux
Associé national de l'Académie de Chirurgie
Membre de la Société internationale de Chirurgie
Chevalier de la Légion d'Honneur
Médaille Militaire
Croix de Guerre 1914-1918-1939-1945

A Monsieur le Professeur R. DUFOUR

Chef des Travaux anatomiques
Chirurgien des Hôpitaux
Chevalier de la Légion d'Honneur
Croix de Guerre
Officier d'Académie

A Monsieur le Professeur MASSE

Professeur de Clinique chirurgicale
Chirurgien des Hôpitaux
Directeur du Centre Régional de Transfusion Sanguine
Associé National de l'Académie de Chirurgie
Membre du Comité Français
de l'Association internationale de Chirurgie
Officier de l'Instruction publique.

A MON PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur J. MAGENDIE

Professeur de Clinique Gynécologique
Chirurgien des Hôpitaux
Croix de Guerre
Officier d'Académie

Qui a bien voulu nous faire l'honneur de présider notre Jury de thèse et de s'intéresser à notre travail.

INTRODUCTION

— Il semble que les termes d'« occlusion post-opératoire » puissent se passer de définition, tant ces deux mots sont simples et souvent employés.

— Nous appellerons « occlusion » l'arrêt du transit des matières et gaz causé par un obstacle mécanique. Le mot « ileus » employé aussi, fréquemment, a, par son étymologie la même signification. Cette définition élimine du cadre des occlusions les syndromes cliniques, appelés « ileus paralytique », « occlusion fonctionnelle », « occlusion dynamique » et qui sont définis par *Quis* et *Peterson* : « désorganisation et diminution de la fonction motrice du tube digestif aboutissant quelquefois à son arrêt complet, d'où obstruction fonctionnelle. » Il n'y a pas, dans ces cas-là, d'occlusion proprement dite. Cette distinction n'est pas une simple querelle de mots, car il s'agit de syndromes différents :

Dans l'occlusion, l'intestin, au moins au début, garde sa puissance contractile ; il est distendu avec une hyperpression gazeuse, en amont de l'obstacle ; en aval, au contraire, l'intestin continue de se vider. Dans l'autre cas, au contraire, l'intestin paresié se laisse passivement distendre sur toute sa longueur, sans hyperpression des gaz intestinaux ; s'il est vrai que cette dilatation est parfois prédominante sur une portion ou une autre de l'intestin, toute la longueur est cependant intéressée.

— Nous verrons dans la suite, les moyens cliniques d'arriver à cette distinction. Un deuxième terme, sur lequel nous voudrions nous expliquer aussi, rapidement, est celui d'« occlusion

spasmodique ». *Sénèque* la définit « forme d'obstruction fonctionnelle, dans laquelle la contraction persistante de un ou plusieurs segments d'intestin interrompt le transit à la façon d'une obstruction mécanique simple ». Il ne s'agit pas là non plus d'une occlusion au sens où nous l'entendons, mais d'un trouble de la dynamique intestinale. En effet, les nombreuses observations d'« occlusions spasmodiques » que nous avons pu dépouiller, n'ont pu nous convaincre dans aucun cas que le spasme était suffisant pour faire un obstacle réel ; beaucoup d'auteurs signalent, d'ailleurs, qu'une simple pression suffit pour faire passer gaz et matières d'amont en aval.

Le deuxième terme à définir, est « post-opératoire ». Au sens large, c'est la période qui suit toute intervention sans limitation de durée. Ainsi, certains auteurs décrivent des occlusions post-opératoires, survenues trente-deux ans après une intervention. Cette longue période oblige les auteurs à des divisions plus ou moins heureuses et précises. Nous limiterons, pour notre part, cette période aux jours qui séparent l'intervention du départ de l'opéré de la maison de santé ou de l'hôpital. Cette période est variable selon le malade considéré, l'intervention subie et les suites opératoires ; mais c'est la période où le diagnostic d'occlusion cause au clinicien le plus de difficultés : les signes classiques n'ont pas leur précision et leur valeur habituelle et les syndromes cliniques donnant le tableau de l'occlusion, sont fréquents.

Nous verrons rapidement ce que deviennent dans la période post-opératoire, les grands signes classiques de l'occlusion et l'utilité de les compléter par deux examens précis, qui sont l'auscultation de l'abdomen et la radiographie sans préparation. Nous essaierons, enfin, à la faveur de ces éclaircissements, de classer et de différencier les différents syndromes digestifs post-opératoires ayant une allure occlusive.

LES GRANDS SIGNES CLASSIQUES

Dans la période post-opératoire, ces signes ont rarement la même valeur que chez un individu jusque-là bien portant.

LA DOULEUR

Il est difficile de lui retrouver les caractères de siège, de nature, de rythme, d'intensité qui lui ont été décrits. Elle se trouve atténuée souvent parce qu'elle survient chez un malade qui souffre déjà et qui n'a pas repris un équilibre physiologique normal, parce que ce même malade a souvent reçu des doses variables de morphine. Elle peut même complètement faire défaut lorsque l'occlusion surprend un intestin qui ne lutte pas et se laisse distendre. Au contraire, d'autres syndromes post-opératoires et en particulier la stase peuvent s'accompagner de douleurs à type colique, parfois très violentes. Nous verrons cependant que, lorsque la douleur existe, sa localisation fixe est peut-être son caractère le plus important.

LES VOMISSEMENTS

Dans la période post-opératoire, les vomissements sont trop fréquemment rencontrés pour qu'ils soient évocateurs d'une occlusion au début. De l'anesthésie aux médications post-opératoires, le malade a de nombreuses raisons de vomir. Cependant des vomissements abondants, très faciles, soula-

geant le malade, et de nature bilio-fécaloïde, doivent retenir l'attention. Ils se différencient alors facilement des vomissements réflexes, plus spectaculaires qu'abondants. Par contre, nous ne connaissons pas de signe permettant de différencier les vomissements de l'occlusion de ceux de la stase réflexe.

Il convient de noter encore que les vomissements peuvent ne pas exister : l'estomac distendu en tient lieu et il est nécessaire d'examiner alors, par lavage gastrique, le contenu.

L'ARRET DES MATIERES ET DES GAZ

C'est un des signes qui inquiètent ou rassurent le plus souvent le clinicien dans la période post-opératoire. Il est pourtant aussi variable et aussi difficile à interpréter que les autres. D'une part, il est banal que le traumatisme opératoire et l'ouverture du péritoine entraînent, durant les trois jours qui suivent l'intervention, une difficulté à l'émission des gaz ; pendant cette même période, une occlusion peut être constituée.

Il est parfois difficile de faire préciser à un opéré ou à l'infirmière si des gaz intestinaux ont été émis. D'autre part, la morphine allonge le temps de non émission de gaz ou encore l'opéré atteint d'occlusion peut, spontanément ou grâce aux médications, évacuer le segment intestinal sous-jacent à l'obstacle.

LE BALLONNEMENT

Le ballonnement reste un signe important ; il semble donc qu'un abdomen plat ne soit pas inquiétant, et pourtant une occlusion très haute sur le grêle ne donne aucun ballonnement. Un abdomen très distendu, au contraire, a plus de chance d'être le résultat d'une stase fonctionnelle ; car, dans ce cas, tout l'intestin et surtout le gros, participant à la distension, le ballonnement sera important.

LE PERISTALTISME

Est plus rarement trouvé dans la période post-opératoire. Sa recherche est rendue plus difficile par l'existence du pansement abdominal. Souvent aussi l'occlusion succédant à une stase réflexe, l'intestin a peu de vigueur contractile.

LES SIGNES GENERAUX

Sont toujours, dans la période qui nous intéresse, des signes de valeur : prendre le pouls et lire la température, sont des réflexes habituels. Nous voudrions seulement insister sur ce qu'il est convenu d'appeler le choc des opérés. Nous pensons que le choc post-opératoire pur est rare et qu'il faut plus souvent se méfier d'une occlusion ne se manifestant que par ces signes généraux. Notre Maître, le *Docteur Lefèvre*, a coutume de dire qu'en matière de chirurgie abdominale courante, le choc n'existe pas et qu'il faut plus souvent penser à une complication en particulier occlusive. Il nous est arrivé de trouver une occlusion par l'auscultation et la radiographie, alors que l'effondrement de l'état général était la seule manifestation extérieure. De même, nous nous méfions beaucoup des opérés étiquetés, souvent « des nerveux ». Cet état de « nervosité », d'euphorie ou, au contraire, d'agitation et d'anxiété, cache souvent le début d'une complication.

LES SIGNES BIOLOGIQUES

Les signes biologiques de l'occlusion si souvent décrits, n'ont pas, pensons-nous, d'intérêt pour assurer le diagnostic. Les constantes biologiques sont souvent perturbées par l'acte opératoire, et les thérapeutiques. D'ailleurs, lorsqu'ils sont caractéristiques d'une occlusion, l'évolution est le plus souvent trop avancée pour qu'elle soit réversible.

CONCLUSION

Cette critique rapide des signes classiques de l'occlusion nous paraissait nécessaire pour mieux comprendre l'intérêt de d'autres modes d'examen. Nous verrons tout d'abord l'auscultation.

AUSCULTATION

Quand on est en mesure de se rendre compte des renseignements que procure au clinicien l'auscultation de l'abdomen, on est étonné que ce moyen de diagnostic ne soit pas plus utilisé. C'est à peine si *Mondor* y consacre quelques lignes dans son livre *Diagnostic urgent de l'abdomen.* Il dit d'ailleurs : « la percussion et l'auscultation indépendantes peuvent ne donner que des résultats confus », et il ne retient, dans sa description, que le ballon, symptôme de *Kiwull.* Cette indifférence est curieuse, car le tableau clinique de l'occlusion post-opératoire, n'est pas tellement évident qu'on puisse se passer d'un appoint de renseignements aussi simples. Et pourtant nos anciens Maîtres avaient montré, pour l'auscultation du thorax, avant l'ère radiologique, un intérêt sans limite. Il est vrai que l'auscultation de l'abdomen et les déductions cliniques qu'elle comporte, supposent un état d'esprit différent de celui qu'il est utile d'avoir pour l'auscultation du thorax. Les bruits broncho-pulmonaires et les bruits cardiaques se succèdent à un rythme rapide et les conclusions à tirer de cet examen sont immédiates ou presque. A l'auscultation abdominale, au contraire, les bruits ne se répètent pas à intervalle régulier ; ils ont une tonalité et une intensité variables ; il faut donc une grande patience, ausculter longuement, et c'est de l'ensemble des bruits, de leur tonalité, de leur répartition qu'on pourra tirer une conclusion.

L'auscultation de l'abdomen comporte, pour nous, la recherche de deux éléments essentiels.

— Par l'auscultation simple, l'étude des borborygmes spontanés, qui sont à timbre aigu ou grave ou bien qui sont absents.

— Par l'auscultation, au cours de la succussion abdominale, qui montre un clapotage à timbre aigu ou grave ou, au contraire, l'absence de bruit de clapotage.

Mais, avant d'étudier ces signes sur l'abdomen normal ou pathologique, et dans le but de bien nous faire comprendre, qu'il nous soit permis de donner ces quelques résultats d'une expérimentation très simple.

L'intestin, en effet, peut être comparé, en ce qui concerne les bruits qu'il détermine, à un tube de caoutchouc mince (baudruche d'un ballonnet d'enfant, par exemple) et qui pourrait contenir soit du liquide et de l'air, soit une émulsion air-liquide, sous forme de mousse à une pression susceptible d'être modifiée :

PREMIERE EVENTUALITE

Le ballonnet contient l'émulsion, la mousse ; les parois du ballonnet sont adaptées au contenu, sans distension, sans hypertension.

— La succussion ne détermine aucun bruit ;

— Si par un étranglement, artificiellement créé au milieu du ballonnet, on fait passer la mousse de part et d'autre, on détermine des bruits assimilables aux borborygmes intestinaux et qui sont à timbre grave ;

— L'interprétation est la suivante : pas de bruit de clapotage, parce qu'il n'existe pas de niveau hydro-aérique ; borborygmes à timbre grave, parce qu'il n'y a pas d'hyperpression dans le ballonnet ;

DEUXIEME EVENTUALITE

Après séparation des deux éléments de l'émulsion (air-eau) :

— La succussion détermine maintenant un bruit de clapotage, résultat de la perturbation apportée par un niveau hydro-aérique.

— Les borborygmes, artificiellement créés, ont un ton variable, mais un timbre grave, parce que la pression n'est pas élevée ;

TROISIEME EVENTUALITE

— Le liquide et le gaz, toujours séparés, se trouvent dans le ballonnet avec une forte hyperpression ; l'air fait caisse de résonance : le clapotage et les borborygmes ont un timbre aigu, argentin.

L'intestin normal et pathologique, peut très facilement être comparé aux trois éventualités de l'expérimentation que nous venons de décrire ;

1° INTESTIN GRELE NORMAL

Cet intestin émulsionne l'air dans le liquide intestinal et son contenu a l'aspect de la mousse ; les parois de l'intestin s'adaptent exactement à leur contenu. Nous nous trouvons dans le premier cas de l'expérimentation : il n'y a pas de bruit de clapotage, car il n'existe aucun niveau hydro-aérique. Les borborygmes, créés par le péristaltisme, sont à timbre grave ;

2° INTESTIN PARALISE

Par suite du trouble apporté par la parésie intestinale, les liquides et les gaz se séparent, donnant naissance à des niveaux hydro-aériques. Les parois intestinales parésiesé se laissant distendre passivement, il n'y a pas d'hyperpression. Nous trouvons donc :

Des bruits de clapotage à cause des niveaux hydro-aériques ; ces bruits ont un timbre grave, parce qu'il n'y a pas d'hyperpression.

Nous entendrons peut-être encore quelques rares borborygmes qui auront, pour la même raison, un timbre grave. Nous nous trouvons donc dans le deuxième cas de l'expérimentation ;

3° *INTESTIN OCCLUS*

Par suite du trouble apporté au fonctionnement de l'intestin grêle, les gaz se séparent des liquides et nous avons, par conséquent, des bruits de clapotage ; mais ces bruits, à cause de l'hyperpression résultant de l'obstacle et du péristaltisme accru en amont de lui, sont à timbre aigu, argentin.

De même les borborygmes ont un timbre aigu, à cause de l'hyperpression.

Nous nous trouvons donc dans le troisième cas de l'expérimentation.

A cet exposé que nous avons voulu très schématique, la clinique vient évidemment apporter ses nuances dans l'interprétation.

— Il faut tenir compte de la répartition des signes fournis par l'auscultation. Les données anatomiques classiques, permettent de penser que les bruits coliques ont une topographie périphérique en cadre. Le grêle, au contraire, est ausculté dans la région périombilicale.

— Des borborygmes et des bruits hydro-aériques à timbre argentin, peuvent exister avec des borborygmes à timbre normal du grêle, et il faut penser dans ces cas-là à une occlusion du gros.

— De même, certaines portions très distendues du gros (côlon pelvien volvulé, par exemple) peuvent transmettre, selon le lieu d'auscultation, des bruits d'un grêle normal, avec un timbre argentin.

— Il peut exister certaines causes d'erreur faciles à éviter : clapotage gastrique, clapotage du gros après lavement mal évacué, goutte à goutte rectal, etc.

— Enfin, le timbre des bruits devient difficile à apprécier dans deux circonstances particulières :

— Lorsqu'une occlusion succède à une stase : la période de paralysie et de distension succède rapidement à la période de lutte et d'hyperpression.

— Dans les occlusions à leur phase terminale, la paroi intestinale vaincue, se laisse distendre ; l'hyperpression diminue, les bruits perdent peu à peu leur timbre aigu, argentin.

Après avoir recherché les deux signes importants que sont les borborygmes et le clapotage, nous essayons toujours de compléter les résultats de l'auscultation par l'étude de quelques petits signes, dont certains sont d'ailleurs classiques.

C'est ainsi qu'il est possible de repérer une anse distendue et d'en préciser même les contours, par l'étude de la résonance d'une chiquenaude imprimée à la paroi. C'est ce signe qu'a étudié *Kiwull* dans le volvulus du côlon pelvien.

Un phénomène analogue se produit lorsqu'une ou plusieurs anses distendues et sous pression, font caisse de résonance et permettent l'auscultation des bruits du cœur au niveau de la paroi abdominale. *Bayley* dit à ce propos : « J'ai trouvé ce signe plusieurs fois, et, souvent, il a entraîné l'acte opératoire. Il faut qu'il y ait strangulation ou volvulus et liquide dans la cavité. D'autre part, c'est un signe de début : plus tard, à cause de la défaillance cardiaque, il s'affaiblira. »

Si ce signe a une certaine valeur, comme le dit *Bayley*, par contre, son explication pour nous est différente : si les bruits du cœur s'entendent moins bien à la période terminale, c'est que l'intestin vaincu n'a plus aucune tonicité, l'hyperpression disparaît donc, et nous n'avons plus de caisse de résonance.

Pour résumer ces quelques notions, nous dirons donc :

— L'intestin grêle normal fait entendre des borborygmes à timbre grave et pas de bruit de clapotage.

— L'intestin grêle occlus, au début, fait entendre des borborygmes à timbre métallique et des bruits de clapotage à

timbre métallique, lors de la succussion. La région où s'entendent ces bruits modifiés, a toujours une certaine fixité.

— Dans l'occlusion qui régresse ou bien qui s'aggrave, les bruits de clapotage et les borborygmes ont une tonalité qui s'abaisse vers le grave.

— La distension intestinale par la stase fonctionnelle a des borborygmes rares à timbre grave ; les bruits de clapotage sont importants et à tonalité grave également.

— La localisation d'une anse distendue avec hyperpression peut se faire par l'étude de la résonance métallique, de la percussion abdominale, ou des bruits cardiaques et aortiques.

LA RADIOGRAPHIE

La radiographie des abdomens aigus sans préparation est déjà une pratique ancienne ; cependant l'interprétation des images radiologiques n'a acquis que récemment la précision qui lui manquait encore. Elle est actuellement le mode d'examen le plus important dans le diagnostic des occlusions. Son intérêt est encore plus grand dans la période post-opératoire où nous avons vu les difficultés de la clinique. Nous nous inspirerons des derniers travaux de MM. *Gaussen* et *Bouysson*.

Nous savons qu'à l'état normal l'intestin grêle ne donne aucune image radiologique précise, parce que son contenu est homogène et que les anses, plus ou moins aplaties, superposent leurs ombres.

A l'état pathologique, au contraire, par suite du dysfonctionnement, le contenu intestinal n'est plus homogène : gaz et liquides se séparent. Les anses dilatées ne se superposent plus et les images deviennent contrastées et nettes.

Le gros intestin, à l'état normal, est presque constamment visible par la présence de bulles gazeuses dessinant des taches claires caractéristiques.

Deux syndromes nous intéressent : l'occlusion du grêle et la stase fonctionnelle réflexe.

L'OCCLUSION DU GRELE

L'image radiologique permet deux constatations :

1° La distension des anses situées au-dessus de l'obstacle ; l'aspect varie selon que la rétention porte sur les gaz ou sur

les liquides ou bien est mixte, nous ne nous étendrons pas sur la description détaillée de ces diverses images, bien connues actuellement.

2° Le vide de la portion d'intestin située en aval de l'obstacle. Cette portion continue, en effet, son évacuation dans les heures qui suivent l'installation de l'occlusion. Cette constatation nous intéresse d'autant plus que nous savons le gros intestin visible à l'état normal. Sa disparition sur le cliché radiologique a donc la plus grande importance, et il faut s'attacher à la précision de ce signe. Il arrive souvent, dans une occlusion au début, que le côlon ne soit pas complètement vide, il faut alors répéter les clichés à intervalle plus ou moins rapprochés, pour affirmer le diagnostic. Cette éventualité se rencontre souvent dans la période post-opératoire, car l'occlusion peut débuter alors qu'il existe déjà une stase fonctionnelle secondaire à une péritonite ; le gros intestin paresseux, met plus de temps que normalement à se vider complètement. Il faut alors utiliser la prostigmine, afin de hâter cette évacuation et faire de nouveaux clichés.

LA STASE FONCTIONNELLE

Le deuxième syndrome, souvent rencontré, est constitué par la stase fonctionnelle. Ici tout l'intestin participe à la distension avec une importance variable, selon qu'il s'agit du gros intestin ou du grêle. Le cliché radiologique est souvent plus difficile à interpréter par suite de la coexistence des images de stase du grêle et du gros. Elle prédomine habituellement sur le gros, mais elle est très souvent aussi iléo-colique. L'appréciation de la prédominance de la stase sur un segment ou l'autre du tube digestif, a pour nous une grande importance ; nous avons vu, en effet, qu'il peut exister une légère stase colique au début d'une occlusion et qu'un deuxième cliché est souvent nécessaire pour savoir si cette stase colique a diminué (confirmant une occlusion) ou augmenté (infirmant l'occlusion).

Nous verrons d'ailleurs, en étudiant les différents syndromes de « la maladie digestive post-opératoire », combien ces clichés successifs sont riches d'enseignements pratiques.

LES GRANDS SYNDROMES DIGESTIFS POST-OPERATOIRES

Nous voudrions maintenant essayer d'interpréter et de classer les différents syndromes digestifs de la période post-opératoire et voir leurs rapports avec l'occlusion véritable.

1° LA CRISE COLIQUE DU TROISIEME JOUR

Elle est la manifestation la plus banale et la plus bénigne des suites opératoires normales. Elle survient du deuxième au quatrième jour après l'intervention ; elle est caractérisée cliniquement par la difficulté à l'émission des gaz.

L'opéré accuse une sensation de gêne, de distension. Parfois même il se plaint de douleurs à type de coliques, localisées dans les flancs, les hypocondres, le pelvis.

L'état général est bien conservé. On note parfois une légère ascension du pouls et de la température. Le facies est quelquefois un peu vultueux ou légèrement angoissé.

L'examen clinique montre un abdomen modérément ballonné, surtout dans les flancs, les fosses iliaques, la région sus-pubienne ; pas de douleur spéciale à la palpation ; sonorité à la percussion de l'abdomen. L'auscultation permet d'entendre, dans la région périombilicale, des borborygmes à timbre grave, qui signent, par conséquent, un intestin grêle normal ; la fréquence des borborygmes est normale aussi, parfois un peu ralentie. Dans les flancs, les fosses

iliaques, on trouve souvent quelques borborygmes à timbre un peu plus élevé que normalement ; à la percussion combinée à l'auscultation, une résonance de timbre un peu élevée.

La radiographie montre des images de distension colique, gazeuse surtout. Lorsque quelques anses grêles participent à la distension, la différence est toujours très marquée entre la grosse stase colique et la faible stase iléale.

Cette crise du troisième jour serait sans gravité, si elle n'était pas responsable du retard apporté au diagnostic d'occlusion vraie qui peut se superposer à elle, sans démarcation évidente ; et le clinicien a trop tendance d'attribuer à une crise colique prolongée des signes qui sont déjà ceux d'une occlusion.

En résumé, cette crise si fréquente correspond à une dyskinésie du gros intestin ; c'est habituellement une stase colique. Elle est le premier degré de la stase iléo-colique que nous allons étudier maintenant.

2° LES STASES FONCTIONNELLES ILEO-COLIQUES

Nous désignons ainsi, un syndrome appelé plus souvent « ileus paralytique », « occlusion fonctionnelle » ; elle a cliniquement un aspect d'occlusion ; elle correspond anatomiquement à une distension du gros intestin et de l'intestin grêle ; cette extension au grêle, individualise ce syndrome plus sévère que le précédent. Nous n'avons dans ce cas aucun obstacle mécanique assurant l'occlusion, mais au contraire une distension. Elle est caractérisée encore, par la préoccupation qu'elle apporte au clinicien, par sa ressemblance avec l'occlusion vraie et, de ce fait, par le risque d'une intervention qui aggraverait son pronostic. Nous pensons que les signes cliniques doivent être étudiés par comparaison avec ceux de l'occlusion.

Les signes subjectifs sont très variables. La douleur peut être réduite à une simple gêne, par distension abdominale et

pression diaphragmatique ; parfois l'opéré accuse des douleurs violentes à type de coliques ; ces douleurs semblent plus diffuses, plus mal localisées, que dans l'occlusion. Les vomissements sont parfois absents, parfois ils ont tous les caractères de ceux d'une occlusion sans pouvoir établir de différence. L'arrêt des matières et des gaz n'a pas un caractère si absolu que dans l'occlusion, mais nous avons vu que ce signe peut être variable et difficile à interpréter.

L'examen montre toujours un ballonnement net ; si dans l'occlusion ce ballonnement peut manquer ou être très discret ; il est au contraire dans la stase, très important : c'est que la distension siège sur toute la longueur de l'intestin. On ne trouve jamais de péristaltisme.

L'auscultation est caractérisée par le silence presque complet de l'abdomen ; l'intestin est paralysé et se contracte peu ; les borborygmes qu'on arrive à déclancher ont un timbre habituellement grave ; il peut exister des bruits de clapotage à timbre également grave. S'il se trouvait — et la chose est possible — que des borborygmes et des bruits de clapotage aient un timbre élevé, on arriverait tout de même à faire le diagnostic de stase, sur la dispersion de ces bruits à tout l'abdomen.

La radiographie, montre une stase mixte, gazeuse et liquidienne, répartie sur tout le tractus digestif, donc sur l'intestin grêle et sur le gros intestin.

Cette stase iléo-colique fonctionnelle, a toujours un caractère un peu inquiétant ; il est important d'en connaître la cause, afin de la traiter ; il faut surveiller si elle ne se complique pas d'occlusion. Aussi est-il nécessaire, en même temps, qu'on utilise la thérapeutique, de suivre cliniquement et radiologiquement son évolution. Il est possible ainsi de prévoir sa guérison, souvent vingt-quatre heures avant la première manifestation clinique (émission des premiers gaz) : sur le film radiologique, la stase augmente dans le gros intestin et diminue dans le grêle, par comparaison avec le

film antérieur. Nous nous attarderons davantage dans un autre chapitre, sur le passage de la stase fonctionnelle à l'occlusion.

En résumé, le syndrome de stase iléo-colique fonctionnelle est caractérisé cliniquement par une allure occlusive, mais l'auscultation et la radiographie en montrant une distension intestinale généralisée, permettent de différencier ce syndrome de l'occlusion véritable.

3° LES OCCLUSIONS DU GREFE

Nous rappelons que nous donnons ce terme aux seuls états anatomo-cliniques où existe un obstacle mécanique sur l'intestin.

Nous avons déjà vu que les signes cliniques habituels, sont difficiles à différencier de ceux des stases fonctionnelles.

Occlusion au début.

Ce début est toujours insidieux ; il l'est d'autant plus que l'occlusion se constitue plus précocement ; il est dans certains cas complètement marqué par les signes de la stase.

Les signes fonctionnels. — La douleur reste encore souvent un signe évocateur, surtout lorsqu'elle survient après la crise colique du troisième jour et que l'opéré a moins de raison de souffrir. Sa localisation, toujours en un même point, est sans doute son caractère le plus net. Par contre, son intensité et son rythme sont très variables dans la période qui nous intéresse. L'arrêt des matières et des gaz est un signe trop tardif, trop difficile à interpréter chez les opérés. Nous avons vu aussi que les vomissements apportaient peu de renseignements.

Les signes généraux. — Ils méritent toute l'attention du clinicien. Nous avons déjà vu la valeur d'une angoisse, d'une euphorie anormale, d'une agitation chez des opérés. Nous avons toujours regretté d'avoir voulu trop longtemps mettre

sur le compte du choc opératoire, de tares organiques, un signe anormal et inquiétant des suites opératoires. Les autres signes généraux, pouls rapide, facies altéré, tension artérielle abaissée, urines diminuées, nous ont paru toujours trop tardifs. Ils sont d'ailleurs les mêmes dans la stase fonctionnelle.

Les signes physiques. — Ils restent les signes essentiels du diagnostic.

Nous ne reviendrons pas sur la valeur du ballonnement discret ou absent, du péristaltisme, rarement trouvé et nous allons voir quels renseignements donne l'auscultation. Elle montre à cette période de début des borborygmes à timbre aigu métallique ; ils s'entendent en un point fixe de la région périombilicale. Si leur fréquence est variable, ils sont souvent rythmés et se succédant en cascade. Parfois ils sont rares et il est nécessaire d'attendre l'opéré accuser une douleur pour remettre l'oreille sur l'abdomen.

L'auscultation, associée à la succussion, permet d'entendre des bruits de clapotage qui ont aussi, comme les borborygmes, un timbre aigu, métallique.

Nous avons vu également comment repérer une anse distendue par la percussion associée à l'auscultation ; nous ne reviendrons pas sur ces signes déjà vus au chapitre de l'auscultation.

La Radiographie

Elle doit être faite systématiquement chez les opérés, aux suites digestives troublées. Le film doit être pris sur le malade couché et debout, si l'état le permet ; il doit montrer les deux coupoles diaphragmatiques et le pelvis. Cette radiographie confirme l'occlusion par deux ordres de constatations :

1° La distension gazeuse ou liquidienne, mixte, habituellement avec aspects de chenilles et niveaux hydroaériques, cette distension siège sur les anses en amont de l'obstacle mécanique.

2° Le vide radiographique du gros intestin. Si ce vide n'est pas absolu et si quelques gaz coliques sont encore visibles. La différence entre l'importante stase iléale et la faible distension colique aurait la même signification ; si un doute d'interprétation pouvait subsister, une nouvelle radiographie six à douze heures après la première, viendrait apporter la précision demandée. Nous avons d'ailleurs déjà vu que ce signe devait être recherché avec soin ; nous pensons que certains diagnostics erronés d'occlusion du grêle ont été faits, pour n'avoir tenu compte que de la distension iléale.

Occlusion vue tardivement.

Cette période nous intéresse peu. Le diagnostic clinique est alors évident. A l'auscultation, les borborygmes sont très rares, l'intestin étant paralysé ; ils perdent leur timbre métallique. Les bruits de clapotage sont importants, à timbre moins aigu que dans l'occlusion au début. La radiographie devient inutile ou même dangereuse, à cette phase d'irréversibilité.

4° SYNDROMES MIXTES

Il arrive parfois qu'une occlusion vienne compliquer une stase. Cette éventualité semble même assez fréquente et elle pose le problème du rôle réciproque du fonctionnel et de l'organique dans la genèse de l'occlusion. Nous avons déjà vu que les auteurs classiques avaient résolu le problème en parlant tantôt d'occlusion dynamique et tantôt organique et tantôt mixte par les deux processus associés. Nous allons donc essayer de voir comment le fonctionnel et l'organique peuvent coexister, car nous avons toujours séparé anatomiquement et cliniquement ces deux syndromes. Prenons le cas bien simple, de la péritonite appendiculaire et de ses suites opératoires troublées, que nous avons souvent eu l'occasion d'étudier.

Les suites du point de vue clinique, nous n'y revenons pas, nous en avons déjà suffisamment vu la complexité : opéré qui vomit, qui souffre, qui rend quelques gaz ou ne les rend

pas ; le problème est le suivant pour nous : s'agit-il d'une stase fonctionnelle réflexe à une péritonite ? s'agit-il d'une occlusion véritable du grêle ?

L'auscultation de l'abdomen nous donne déjà quelques renseignements : rares borborygmes du grêle mais à timbre grave, parfois quelques bruits de clapotage, mais à timbre grave ; il n'y a pas d'occlusion, ou au contraire borborygmes à timbre aigu, métallique, toujours dans la même région bruits de clapotage à timbre aigu ; il y a une occlusion.

La radiographie nous montre : soit une stase iléocolique pas occlusion, soit une stase iléale pure, il y a occlusion. Nous avons vu que le vide radiologique du côlon était notre meilleur signe d'occlusion, or dans le cas de stase réflexe, le côlon se vide mal et c'est pourquoi nous faisons dans les cas douteux un nouvel examen, six ou douze heures après un traitement à la prostigmine intraveineuse. S'il n'y a pas d'occlusion du grêle, nous avons davantage de stase colique ; s'il y a une occlusion, nous n'avons plus de gaz colique.

Ce procédé nous a toujours permis de faire un diagnostic précoce d'occlusion mécanique et d'opérer nos malades dans d'excellentes conditions d'état général. Au contraire de la stase fonctionnelle, qui guérit lorsque l'élément inflammatoire a disparu ; l'occlusion par brides, par agglutination d'anses entraîne la mort si l'obstacle n'est pas levé.

On peut donc, par une auscultation souvent répétée et par des examens radiologiques successifs, suivre l'évolution de cette péritonite, n'entraînant qu'une stase, ou bien saisir le moment où le grêle sera occlus et une intervention rendue nécessaire.

Nous voudrions prendre un deuxième exemple ; il peut exister une stase fonctionnelle chez un opéré sans élément inflammatoire ; l'étiologie et la pathogénie de ces stases ont d'ailleurs été très étudiées par de nombreux auteurs. Elle peut guérir, nous l'avons vu, simplement ; une inter-

vention aggraverait son pronostic. Il arrive que les anses grêles distendues, pleines de liquides à leur partie déclive, et troublées dans leur physiologie dynamique, se volvuvent, se tordent. Le passage du premier état au deuxième, cliniquement est toujours difficile ; l'auscultation et la radiologie, là encore, feront le diagnostic précoce et permettront une intervention dans les meilleures conditions.

Le passage du trouble fonctionnel au trouble mécanique, était autrefois bien difficile à saisir, et c'est pourquoi cette séparation en deux syndromes différents nous a paru actuellement réalisable et profitable. Nous voudrions pour terminer, car ce chapitre mériterait de beaucoup plus longs commentaires, donner deux réflexions.

La méthode de l'aspiration, préconisée par *Waugensteen*, a les mérites que nous lui connaissons, son efficacité est manifeste pour de nombreuses raisons : en vidant les anses grêles surdistendues, elle leur permet de reprendre leur tonicité et, par conséquent, une physiologie normale. En vidant ces anses, elle évite leur torsion et, par conséquent, une occlusion mécanique vraie. Ce problème se retrouve dans la dilatation aiguë de l'estomac. Ce syndrome nous paraît exactement superposable aux syndromes que nous venons de voir. La « maladie digestive post-opératoire » est la même à tous les niveaux. Le premier stade est une paralysie gastrique ; dans un deuxième stade, l'estomac distendu obture le duodenum au niveau de sa troisième portion, soit par pression directe ; soit par la pince aortico-mésentérique et l'état fonctionnel est devenu un état mécanique. Le lavage d'estomac est pour la dilatation aiguë de l'estomac, ce que l'aspiration de *Waugensteen* est pour le grêle. Nous retrouvons là les idées de *Lecène*, que nous sommes heureux d'intégrer dans le grand chapitre général des troubles fonctionnels et mécaniques de l'intestin à la période post-opératoire.

CONCLUSIONS

Le terme d'occlusion implique, dans sa définition, la notion d'obstacle mécanique. Les occlusions dites « fonctionnelles » ou « paralytiques » ne sont pas des occlusions.

La période post-opératoire, qui nous intéresse, s'étend de l'intervention au jour où le malade sort de la maison de santé. Nous nous sommes seulement occupés des occlusions survenant dans cette période à cause des problèmes particuliers de diagnostic.

Les grands signes classiques de l'occlusion perdent, durant cette période, beaucoup de leur valeur. C'est pourquoi il nous a paru nécessaire de recourir à d'autres modes d'examen peu utilisés mais précis :

L'auscultation de l'abdomen ;

La radiographie sans préparation.

L'auscultation d'un intestin grêle normal, parmet d'entendre des borborygmes à timbre grave. L'auscultation d'un intestin grêle occlus, permet d'entendre des borborygmes et des bruits de clapotage qui ont un timbre aigu, métallique. L'auscultation d'un intestin grêle paralysé et distendu, permet d'entendre quelques borborygmes assez rares et des bruits de clapotage, tous deux à timbre grave.

La radiographie abdominale sans préparation, permet de différencier :

La stase intestinale, où par suite d'un trouble fonctionnel tout l'intestin, gros compris, est distendu par liquides et gaz.

Et l'occlusion, où la distension n'intéresse que le segment intestinal situé en amont de l'obstacle, alors qu'en aval l'intestin est vide.

Ces divers examens permettent une nouvelle classification de la « maladie digestive post-opératoire », et il est possible d'individualiser plusieurs syndromes différents :

La crise colique du troisième jour ;

La stase réflexe fonctionnelle ;

L'occlusion véritable ;

Les états mixtes : occlusion compliquant une stase.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Reconnaissant envers mes Maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes confrères pour des frères, et s'ils devaient apprendre la médecine ou recourir à mes soins, je les instruirai et les soignerai sans salaire ni engagement.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais parmi les hommes ; si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

Vu :
Le Doyen,
G. PORTMANN.

Vu :
Le Président du Jury,
J. MAGENDIE.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Bordeaux, le 9 Février 1951.

P[r] *Le Recteur,*
Le Vice-Président du Conseil de l'Université,
R. POPLAWSKI.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

GAUSSEN et BOUYSSOU. — Radiographie sans préparation des abdomens aigus (*Presse Médicale*, nos 61, 4-10-50)

GAUSSEN et BOUYSSOU. — « A propos du diagnostic radiologique des occlusions post-opératoires » (*Bordeaux Chirurgical*, fasc. 3, 3 juillet 1950).

ROUX (Marcel) et SEYER (Jean). — « Occlusions post-opératoires » (*Journal de Chirurgie*, t. LXI, nos 1-3, 1945).

BROCQ, ISELIN et ENDIL. — *Aspiration continue d'après Waugensteen dans l'occlusion intestinale aiguë.*

HUET. — « Quatre observations d'occlusion de l'appendicite » (*Soc. Nat. Chirurgie*, 22 mai 1935, p. 705).

MATHIEU. — « Occlusions de l'appendicite aiguë » (*Soc. Nat. Chir.*, 1924, p. 387).

MONDOR. — *Diagnostic urgent abdomen.* (Masson, Paris, 1940).

MONDOR, PORCHER et OLIVIER. — *Radiographies urgentes* (Masson, Paris, 1943).

MOULONGUET (P.). — « Radio-diagnostic en chirurgie abdominale d'urgence » (*Acad. Chir.*, 1942, p. 280).

RENON et LAFFITTE. — « Vingt-six observations d'occlus. d'origine appendiculaire » (*Soc. Nat. Chir.*, 1934, p. 333).

SÉNÈQUE et ROUX. — « Ileus spasmodique » (*Presse Méd.*, 4 mars 1944).

SEYER. — *Contribution à l'étude étiologique, clinique et thérapeutique des occlusions intestinales post-opératoires* (Thèse Paris, 1945).

SMITH et AUMONT. — « L'occlusion post-appendiculaire » (*Union Médicale du Canada*, novembre 1937, t. LXVI, p. 1126).

HOUVET et BECKERS (J.). — « Obstructions aiguës du grêle » (*Acta Chirurgica Belgica*, Rapports, 1949).

DESGAQUES . — « Occlusions post-opératoires » (*Presse Médicale*, 53-64).

MASMONTEIL. — « Occlusions post-opératoires » (*Revue Chirurgie*, 57-603).

CREYSSEL et JUIN. — « Dilatation aiguë digestive » (*Journal Chirurgie*, Lyon, 1949, p. 342).
— *Manifestation régionale de la maladie opératoire.*

COLANIÉRI. — « Radiologie d'urgence dans les syndromes abdominaux aigus » (*Journal belge de radiologie*, fasc. 150, 1937).

MASMONTEIL et MINVIELLE. — « Occlusions post-opératoires » (*E. M. C.*).

BORDEAUX
IMPRIMERIE H. DUCROS
90 bis, rue François-de-Sourdis

1951

Dépôt légal N° 1 — 1er Trimestre 1951